

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VARICOCÈLE PELVIEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 décembre 1934

PAR

Auguste-Marie-Albert QUÉRÉ

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à SÉRIGNAC (Finistère), le 16 février 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
VARICOCÈLE PELVIEN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 décembre 1934

PAR

Auguste-Marie-Albert QUÉRÉ

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à SÉRIGNAC (Finistère), le 16 février 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSEON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GBAILLY.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	PERY.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Ortopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA MERE. — A MON PERE

Faible témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.

A MA GRAND-MERE

A MA MARRAINE — A MON ONCLE

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé,
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Vice-président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré ce sujet.

Qu'il nous soit permis de lui témoigner
notre gratitude pour l'extrême bien-
veillance qu'il nous a toujours réservée
dans son service et pour le grand honneur
qu'il nous fait en acceptant de présider
ce travail.

AVANT-PROPOS

Au moment de débiter dans la carrière médicale, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de reconnaissance respectueuse à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et des hôpitaux de Bordeaux. Nous n'oublierons pas le bienveillant accueil qu'ils nous ont réservé dans leurs services, ni avec quelle patiente sollicitude ils nous ont enseigné les notions de notre art.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider dans notre travail. Qu'il soit assuré que nous gardons le souvenir de ses cliniques magistrales, claires et précises, qui nous ont initié à la gynécologie et nous l'ont fait aimer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

VARICOCÈLE PELVIEN

INTRODUCTION

Le varicocèle pelvien peut être observé au cours de l'évolution de tumeurs du petit bassin (fibromes, kystes de l'ovaire, etc.) gênant la circulation veineuse en retour, au cours d'infections pelviennes, dans les cas de prolapsus, de déplacement de l'utérus entraînant une torsion des vaisseaux. Près de ces cas manifestement secondaires, il se développe chez la femme des varicocèles pelviens, dont il est bien difficile de définir la cause.

C'est l'étude de ce varicocèle pelvien essentiel que nous allons essayer d'entreprendre. Nous ne pouvons prétendre faire œuvre originale. Nous voudrions tout simplement condenser et mettre au point cette question qui, pour certains auteurs, devrait constituer un chapitre de nos manuels de gynécologie.

Après un aperçu historique, nous tâcherons d'établir l'étiologie et la pathogénie du varicocèle pelvien, nous étudierons sa symptomatologie et son diagnostic différentiel, nous passerons rapidement sur les complications et l'anatomie pathologique, pour terminer par le traitement.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION ET HISTORIQUE

Le varicocèle pelvien consiste dans la dilatation permanente des veines du bassin et en particulier de celles qui siègent dans le ligament large et plus spécialement dans l'aileron tubaire.

Ce n'est pas une affection nouvelle; elle a été décrite depuis fort longtemps en France. Il semble qu'elle ait été reconnue et individualisée pour la première fois par Richet dans son traité : *Pratique médico-chirurgicale* en 1860. D'après l'autopsie d'une femme qui avait eu 8 enfants et avait succombé à un cancer de l'estomac, il en donne la description suivante, à laquelle même maintenant bien peu de choses sont à ajouter. « Il existait de chaque côté de l'utérus une tumeur régulière, bosselée et fluctuante, occupant l'épaisseur des ligaments larges... Le doigt introduit dans le vagin permettait d'apprécier sur les côtés de l'utérus sa mollesse, qui donnait plutôt la sensation de fongosités molles et pâteuses que d'une véritable fluctuation ».

Son élève Devalz en fit l'objet de sa thèse : *Du varicocèle ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine* (Paris 1858). Après une étude sur les veines de l'ovaire, il décrit le varicocèle ovarien : « Rarement isolées, dit-il, les varices du plexus ovarien se compliquent le plus fréquemment de celles de l'utérus, de là l'existence d'ulcères variqueux du col de cet organe. »

La même année, Puech décrit deux cas d'hématocèles dues à des altérations variqueuses des veines des ligaments larges dans son mémoire : *De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources* (Académie des sciences, 22 févr. 1858).

Le Professeur Poncet, dans sa thèse d'agrégation : *de l'hématocèle péri-utérine*, bien qu'admettant la possibilité de l'hématocèle par rupture du varicocèle ovarien, ne croit pas cette éventualité fréquente; dans la majorité des cas, d'après Poncet, il y a dilatation simple sans phlébosclérose.

Les travaux de ces auteurs avaient été surtout anatomiques, avec Dudley nous entrons dans la phase clinique et opératoire. Dans sa communication à la troisième session du Womann Hopital en 1888, il déclare que le varicocèle n'est pas rare chez la femme, qu'il est le résultat des causes de congestion prolongée de l'utérus; qu'on peut le prendre pour de la cellulite pelvienne ou de la salpingite; qu'il peut produire dans la fonction de l'ovaire des modifications comparables à celles que subit le testicule chez l'homme; et il conclut à la castration.

L'année suivante, Cœ refute toutes les conclusions de Dudley à la Société obstétricale de New-York. Il croit le varicocèle rare, et il pense que la dilatation veineuse et les lésions ovariennes sont dues à une même cause : adhérence inflammatoire du péritoine et néoformation de brides péritonéales autour des annexes.

Paul Petit, en 1891, présente à la Société obstétricale et gynécologique de Paris un cas de varicocèle de l'ovaire avec examen histologique complet. Il cite comme cause « l'arrêt d'involution postpuerpérale; les thromboses puerpérales, le déplacement utérin, l'arthritisme ».

La thèse de Roussan, 1892, contient 4 observations dont 3 recueillies dans le service de Pozzi. Il incrimine l'arthritisme et propose la castration.

Leriche inspire, en 1909, la thèse de Camusset. Il accuse le varicocèle pelvien de provoquer des règles irrégulières, des métrorragies et d'être responsable de certains avorte-

ments; et il conseille le traitement conservateur, la résection veineuse réalisée par Violet.

Mais c'est à Castano, de Buenos-Ayres, que revient le mérite de l'avoir tiré de l'oubli, en croyant peut-être le découvrir, par une série de mémoires et de travaux à partir de 1915. Il en étudie tant l'étiologie que la symptomatologie et le traitement.

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru en France et à l'étranger.

En 1920, dans *Gynécologie et obstétrique*, Chalier et Dunet ont consacré un article au varicocèle tubo-ovarien qu'ils considèrent comme rare et dont ils décrivent deux variétés : le varicocèle secondaire à une lésion utérine, annexielle ou rétro-sigmoïdienne, et le varicocèle essentiel, lésion cliniquement primitive.

Kelsall (*American Journal of Surgery*, New-York, 1921) admet que les varices du ligament large sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Elle seraient plus fréquentes à gauche.

Parmi les travaux les plus récents, nous pouvons citer ceux de Ludwig, Angelmann, Schubert, Courty, Heuze et surtout ceux de Cotte et Mlle Jezditch.

.....

Est-ce à dire que le varicocèle pelvien soit fréquent ?

Devalz, sur 12 femmes qu'il examina à l'Amphithéâtre de Clamart, en trouva 3 atteintes de dilatation du plexus utéro-ovarien.

Dudley présente 4 cas traités par laparotomie.

Cœ le considère comme exceptionnel.

Pozzi a réuni 3 observations; Engelmann, 20; Schubert, 30.

Cotte et Mlle Jezditch, sur 650 laparatomies faites à la clinique d'Auguste Pollison, ont relevé 7 observations typiques; Winkel, 10 sur 300 autopsies.

Pendant la période d'un an, Courty en a rencontré 4 cas très nets.

Le varicocèle pelvien, sans rapport aucun avec une

lésion pelvienne, peu fréquent pour certains, est loin d'être exceptionnel, et il n'est pas de chirurgiens qui ne l'ait rencontré plusieurs fois au cours de sa carrière. Si on ne le constate pas plus souvent, cela tient à ce que les malades sont examinées en position horizontale et opérées en position de Trendelenburg favorables toutes deux à l'évacuation du plexus utéro-ovarien.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Richet invoqua à l'origine du varicocèle pelvien les particularités anatomiques des veines utéro-ovariennes. « Ces veines ne présentent que de rares valvules, ou tout au moins des valvules inexistantes. » Autre fait : « elles sont plongées au milieu du tissu cellulaire du ligament large, et leurs parois mal soutenues n'opposent qu'une faible résistance à la pression qu'exercent sur elles, presque sans intermédiaire, la colonne sanguine de la veine cave inférieure ». Et Courty constata « qu'une simple compression produite par les compressees que l'on place dans l'abdomen au cours des laparotomies gynécologiques pour limiter le champ opératoire suffit parfois pour faire apparaître dans le ligament large de nombreuses varicosités ».

Le varicocèle est plus fréquent à gauche, et, quand il est bilatéral, la lésion est plus accentuée de ce côté. La veine utéro-ovarienne passe sous l'S iliaque; Richet Devalz et Richelot admettent que sa réplétion, qui est presque constante chez les femmes, gêne la circulation de retour. Actuellement, la plupart des auteurs accusent l'abouchement à angle droit de la veine utéro-ovarienne gauche dans la veine rénale, où les deux courants confluent dans un sens opposé, tandis que la veine utéro-ovarienne droite se jette dans la veine cave en parallélisme à l'axe de ce vaisseau.

*
* *

Ces facteurs anatomiques ne suffisent pas à expliquer à eux seuls les varices. Sinon on ne voit pas pourquoi des dispositions anatomiques communes ne produiraient point un varicocèle obligatoire.

On rencontre souvent la congestion pelvienne au début de l'affection. Aussi n'a-t-on pas manqué de faire jouer un rôle dans la formation et le développement du varicocèle aux divers facteurs déterminant des phénomènes congestifs : excitations sexuelles (Roussan, Dudley, Camusset); fatigue; station debout, constipation habituelle (Richelot); déviation utérine, prolapsus, déterminant une gêne circulatoire (Engelman, Cotte, Emge, Léo); menstruation et grossesse (Faraheuf, Cotte, Courty, Doléris); accouchements difficiles, suites de couche (Kelman), etc.

Pour Chalié et Dunet, cet état congestif serait uniquement provoqué par l'hyperovarie. Ils rappellent le rôle attribué à la sécrétion interne de l'ovaire et aux cellules lutéiniques dans l'apparition de la menstruation et l'action capitale qu'exerce cette sécrétion sur la vascularisation de tout l'appareil génital de la femme. Or, dans le varicocèle pelvien, il existe des lésions ovariennes scléro-kystiques caractérisées par l'hyperplasie des cellules à lutéine; « l'ovaire voit donc augmenter le nombre de ses cellules à sécrétion interne et est en état d'hyperfonctionnement. L'hormone spécifique sécrétée en quantité anormale entraînera des troubles d'hyperovarie, et la congestion menstruelle sera prolongée et intensifiée. Tous ces troubles s'exercent naturellement par l'intermédiaire du système vasculaire génital; il nous faut donc admettre une action spécifique et probablement directe de l'hormone lutéinique sur les tuniques vasculaires et plus vraisemblablement sur le système nerveux vasomoteur annexé au système vasculaire génital ». Le varicocèle pelvien serait consécutif à un trouble fonctionnel de la

glande ovarienne, les cellules à sécrétion interne provoquant l'hyperovarie.

S'il en était ainsi, comment expliquer le varicocèle chez des malades qui ne présentent aucune lésion d'ovarite scléro-kystique ? Et il en existe. Schubert : sur 30 cas de varicocèle, il n'y avait que 4 ovarites scléro-kystiques. Angelmann : sur 20 cas, 4 fois il n'existait pas de lésions annexielles.

*
**

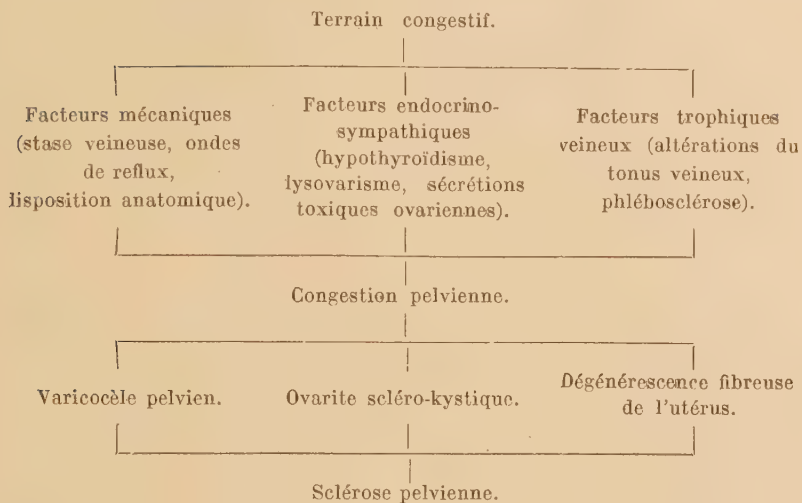
Ces troubles congestifs ne sauraient être que des causes adjuvantes. Une cause première intervient dans la production du varicocèle : le terrain, l'altération, la dilatabilité des veines, ce que Périer appelle « le défaut de qualité de l'étoffe veineuse ».

L'hérédité variqueuse serait tout pour Devalz : « On naît variqueux, comme on naît scrofuleux. » Cette formule est sans doute trop simpliste.

La théorie de l'origine congénitale, admettant une anomalie de développement du système veineux, peut avoir quelque valeur lorsqu'elle s'applique à des dégénérés varicocéleux, mais semble plus discutable lorsqu'on se trouve en présence de sujets bien constitués, sans tares physiologiques.

Chez toutes ses malades, Castano relève des signes de neuro-arthritisme, qu'il rattache à l'hérédosyphilis. Il s'agit, d'après cet auteur, « de femmes avec tendance à l'obésité et à l'hypothyroïdisme, chez lesquelles prédominent la lithiase hépatique, le diabète, l'asthme, le coryza etc. » Agissant sur ce terrain, divers facteurs mécaniques, endocrino-sympathiques et trophiques, amènent de la congestion pelvienne, qui ne serait que le premier stade du varicocèle pelvien, de l'ovarite scléro-kystique et de la dégénérescence fibreuse de l'utérus. La pathogénie du varicocèle pelvien et de ses complications pourrait, pour Castano, se résumer dans le tableau suivant :

TERRAIN HÉRÉDO-DYSTROPHIQUE SPÉCIFIQUE.



Chalier et Dunet, Cotte, Schubert, Engelmann, n'ont pas trouvé la syphilis avec la même fréquence.

Il nous semble, en outre, que Castano ne tienne pas suffisamment compte de la sclérose veineuse d'origine inflammatoire. A la suite d'infections utéro-annexielles, même passagères, l'atteinte des veines peut laisser après elle de la phlébosclérose, avec fragilité des parois veineuses, comme le fait remarquer Leconte au Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg en 1923. Les suites de couches, en particulier, jouent un rôle important : le col est ouvert à tous les germes, et l'utérus s'infecte d'autant plus facilement que les moyens de défense sont en partie paralysés. Dans une observation de Roussan, ce rôle de l'inflammation veineuse semble incontestable. Il s'agit d'une femme qui, après un accouchement, fit une phlegmatia alba dolens. Quatre mois après, apparaissent de volumineuses varices des jambes, des hémorroïdes. Opérée par Pozzi, pour un syndrome douloureux pelvien, elle présentait un énorme varicocèle.

En résumé, les causes du varicocèle pelvien sont complexes et, parmi toutes celles que nous avons signalées, il est impossible d'en désigner une pouvant servir de loi générale, comme le fait Castano.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Il s'agit en général de femmes jeunes, de 25 à 35 ans, c'est-à-dire de femmes en pleine activité génitale. L'étude clinique des observations ne nous montre que trois malades ayant dépassé la quarantaine.

I. — *Début.*

Le début de l'affection peut être ancien. On voit la malade souffrir depuis la puberté et les douleurs apparues à cette époque se sont peu à peu accentuées (obs. de Courty). Les prodromes des règles augmentent de durée et d'intensité : sensation de pesanteur dans le bassin et de tiraillement dans les lombes. Les règles sont abondantes. L'écoulement sanguin dure six à huit jours. On pourra remarquer en même temps des envies fréquentes d'uriner et parfois une poussée hémorroïdaire. A ces symptômes s'ajoute un état d'instabilité et d'irritabilité du caractère.

Les douleurs peuvent n'apparaître que plus tard, quelquefois précédées d'une longue période d'insuffisance ovarienne avec aménorrhée, comme le note Cotte dans 2 observations.

On les voit plus fréquemment survenir à la suite d'un accouchement ou d'un avortement. Cotte insiste sur ce fait qu'il a rencontré dans deux de ses observations; deux fois, sur quatre observations de Courty, nous relevons le même détail. Sencert fait très justement remarquer que ces fem-

mes présentent généralement au cours de leurs grossesses des varices ou des hémorroïdes.

Plus rarement, elles peuvent débiter brusquement sans qu'on puisse les rattacher à un accident quelconque de la vie génitale.

II. — *Période d'état.*

SIGNES FONCTIONNELS. — Quoi qu'il en soit des troubles prémonitoires, à la période d'état, il s'agit essentiellement d'un syndrome pelvien douloureux, dans le genre de l'ovarite scléro-kystique. Ces malades sont des victimes de leurs douleurs, et c'est leur acuité qui les amène à consulter et à réclamer une intervention.

Elles se plaignent de douleurs localisées dans les lombes et le bas-ventre, tantôt bilatérales, d'intensité égale des deux côtés, tantôt plus marquées à gauche. Ce sont, soit des douleurs vives, lancinantes, de véritables névralgies, soit une sensation sourde de pesanteur dans le bassin, avec une sorte d'envie d'uriner, et s'accompagnant de prurit vaginal et de ténésme vésico-rectal. Ces douleurs s'irradient dans les reins et dans les jambes.

La station debout, la marche, les exagèrent, tandis qu'elles disparaissent par le repos au lit (mais non par la position assise), pour réapparaître dès que la malade reprendra son travail.

Tous les facteurs qui augmentent la congestion pelvienne l'aggravent : efforts de défécation, excitations sexuelles, etc.

Elles présentent une recrudescence pendant la période prémenstruelle, pour diminuer ou même disparaître au moment où s'établissent les règles.

Castano insiste sur une douleur spéciale : la dyspareunie, ou douleur érotique : « Ces malades, par suite de la congestion pelvienne des plexus qui entourent le clitoris, éprouvent une sensation voluptueuse permanente qui se réveille à la moindre excitation, et qu'elles ne peuvent satisfaire, parce que,

dès le début du coït, il se produit une douleur violente qui les oblige à suspendre l'acte sexuel. »

Troubles de la menstruation et douleurs vont de pair. Les règles sont plus fréquentes, plus abondantes et douloureuses. Elles durent sept, huit jours. On a noté des règles de quinzaine. Une malade de Cotte perdait continuellement, mais c'est un signe beaucoup plus rare.

Dans l'intervalle des pertes de sang, ces malades peuvent présenter une leucorrhée, parfois abondante, du type hydorrhée, explicable par « une surproduction glandulaire due à la plus grande congestion permanente ».

SIGNES PHYSIQUES. — L'examen général de la malade pourra montrer la présence de varices du membre inférieur et d'hémorroïdes. L'examen local, une exagération de la circulation veineuse de la vulve.

L'examen de l'abdomen ne donnera aucun signe important.

Au toucher, la seule introduction du doigt dans la vulve provoque souvent des douleurs intolérables avec cris et réaction de défense de la malade. Dans les observations de Courty, cette douleur au toucher était des plus nettes.

Castano fait remarquer qu'on peut révéler la douleur érotique en touchant légèrement et en pressant les parois latérales vaginales sur le releveur de l'anus; la malade éprouve alors une douleur vive qui provoque des cris et des contorsions, et en même temps une sensation voluptueuse.

Il conseille, en outre, de rechercher le réflexe de l'esplanade de Jayle en comprimant le cul-de-sac de Douglas. Cette pression produirait chez certaines malades une douleur extrême et même syncopale.

Le toucher combiné au palper montre souvent l'utérus augmenté de volume, gros et congestif, en rétroposition ou même en rétroversion complète (Sencert, Cotte).

Dans les cas les plus nets, on sent dans les culs-de-sac latéraux une masse mollassse, pâteuse, sensible à la pression, dont le volume augmente à l'examen de la femme debout

et qui disparaît parfois complètement dans le décubitus horizontal. C'est le seul signe pathognomonique de l'affection. Aussi faut-il le rechercher minutieusement : « Si l'on suspecte un varicocèle tubo-ovarien, dit Duhail, il faut faire le toucher en position debout, puis immédiatement après en position couchée, et attendre quelques instants pour renouveler une troisième fois un examen encore en décubitus dorsal. » Chaliér et Dunet examinaient leurs malades debout après une marche, et complétaient le toucher vaginal par un toucher rectal, qui, d'après eux, permet de mieux percevoir la tumeur.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

S'il donnait toujours lieu à des signes subjectifs et objectifs aussi accusés, le varicocèle pelvien serait sans doute facile à reconnaître en clinique. Or, que nous apprend l'étude des observations? Sur 7 malades de Cotte atteintes de varicocèle, 2 seulement présentaient à peu près complètement le syndrome que nous venons de rappeler.

L'abondance des règles et la douleur irradiée dans les reins sont notées dans presque toutes les observations. La constance de cette irradiation lombaire de la douleur s'expliquerait par le fait que toute congestion utéro-ovarienne ou du système vasculaire pelvien tireille le pédicule rénal et les plexus nerveux.

Quant à la dyspareunie, si Engelmann, à la suite de Castano, la retrouve presque constamment, les observations françaises ne lui donnent pas la même fréquence : Cotte et Mlle Jezditch ne l'ont rencontrée que 2 fois; Auvray n'en fait pas mention; les 4 malades de Courty la présentent d'une façon nette.

La leucorrhée, avec ses caractères d'hydrorrhée, a bien été signalée par Dudley, Coe, Roussan, Camuset; elle manque dans de nombreuses observations; et il n'est pas rare de la voir remplacée par des pertes puriformes, signes d'une métrite concomitante.

Le seul signe pathognomonique, la présence de cette masse mollassse, pâteuse, sensible à la pression, augmentant par la

station debout, est loin d'être toujours constatée, soit parce qu'elle n'existe pas, soit peut-être plus souvent parce qu'on ne l'a pas rcherchée.

Si nous ajoutons, comme l'a très justement fait remarquer Castano, que d'autres syndromes, syndrome névralgique iléo-abdominal droit, simulant une appendicite; syndrome urinaire : fausse cystite, syndrome gastro-intestinal tantôt à type hypochlorhydrique, tantôt à type hyperchlorhydrique, viennent s'ajouter à ce tableau clinique, qui ne présente déjà rien de bien caractéristique, nous comprendrons que le diagnostic positif n'est pas des plus aisés.

*
* *

Le diagnostic différentiel ne présente pas moins de difficultés. Cette symptomatologie subjective est commune à d'autres affections pelviennes. L'évolution apyrétique permettra d'éliminer les lésions inflammatoires.

Dans la congestion pelvienne, qui ne serait d'ailleurs, pour Castano, que le premier stade du varicocèle, nous retrouvons la même symptomatologie. La douleur serait peut-être moins prononcée.

En présence de ce tableau clinique, l'on pose généralement le diagnostic de rétroversion utérine ou d'ovarite scléro-kystique, lésions plus fréquentes que le varicocèle.

Dans la rétroversion utérine des jeunes femmes, nous relevons cette douleur hypogastrique, irradiée dans les lombes, augmentant par la marche et la station debout. Le coït est souvent douloureux. Leucorrhée et dysménorrhée sont fréquentes; mais ici les douleurs apparaissent avec l'écoulement sanguin, ce qui les différencie de la dysménorrhée du varicocèle pelvien, qui est du type ovarien, c'est-à-dire que les douleurs précèdent les règles pour disparaître au début de l'écoulement. Le toucher permettra de faire le diagnostic.

Le tableau symptomatique de l'ovarite scléro-kystique est superposable à celui du varicocèle : même disproportion des

signes subjectifs et objectifs. Les douleurs apparaissent au début de la vie génitale, s'aggravent peu à peu; elles sont du type ovarien; la dyspareunie n'est pas rare. La pression des releveurs et du Douglas est douloureuse. Le toucher ne permet pas toujours de percevoir une modification des annexes.

D'ailleurs, la plupart du temps, le varicocèle n'est pas seul. Il est accompagné, soit de rétroversion utérine, soit d'ovarite scléro-kystique, ou des deux. Les symptômes se confondent et on ne peut les attribuer à telle ou telle lésion.

Aussi devons-nous convenir que le varicocèle pelvien ne peut être que très rarement affirmé, qu'il reste dans la plupart des cas un diagnostic de probabilité, et que c'est souvent une trouvaille opératoire.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce qui frappe tout d'abord dans le ligament large, c'est la présence d'une tuméfaction de volume variable : volume d'une noix fraîche dans une observation de Sencert, d'une mandarine dans une observation de Leriche. Cette tuméfaction est constituée par un gros paquet de veines dilatées. Ces veines peuvent atteindre la grosseur d'une fémorale (Sencert), d'une saphène ou même du petit doigt (Leriche). Sinueuses, flexueuses, cylindriques, présentant plus rarement des ampoules, elles dessinent dans le ligament large des méandres inextricables.

A la coupe, ces vaisseaux restent béants; ils sont artérialisés.

Les lésions histologiques ne diffèrent pas de celles des varices en général. Comme pour les varices, on trouve, suivant que la lésion est plus ou moins ancienne, soit une dilatation simple des vaisseaux, soit une prolifération de la tunique musculaire des veines, des fibres circulaires surtout, et la multiplication des fibres élastiques; soit une transformation conjonctive des parois avec altération de l'endothélium. Aux lésions anciennes vient s'ajouter de la périphlébite : dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on note la présence de travées fibreuses fixant les sinuosités veineuses. Les artères peuvent présenter des lésions d'artérite; les faisceaux nerveux sont entourés d'une gangue de périnévrite. Castano

insiste sur ces lésions, qui jouent certainement un rôle dans la genèse des douleurs pelviennes.

Les organes voisins, utérus, trompe et ovaires, sont très fréquemment, sinon constamment, atteints.

Les lésions utérines sont très variables : endométrite légère; métrite parenchymateuse; œdème de la muqueuse; sclérose utérine comme dans une observation d'Auvray; abcès miliaire de la paroi dans un cas cité par Leriche.

L'ovaire présente presque toujours des lésions d'ovarite scléro-kystique. Ce sont « avant tout des lésions micro-kystiques beaucoup plus que scléreuses. » Paul Petit en a donné la description suivante :

« Les deux ovaires, d'aspect blanchâtre et comme lavé, rénitents sous le doigt, sont un peu plus gros que des œufs de poule, dont ils affectent à peu près la forme.

» Ils laissent écouler sous le couteau une grande quantité de sérosité, et se montrent criblés sur toute la surface de section d'une foule de petites élevures sphériques, opalines, ayant tout l'air de phlyctènes, faisant hernie à la surface de section et ayant le volume de petits pois.

Les élevures remplies d'un liquide séreux se vident incomplètement par la ponction, et, quand on les sectionne, s'affaissent sans laisser de cavités distinctes à surface lisse comme celle des kystes folliculaires... Dans la région intermédiaire à la couche ovigène et au hile existe un œdème très inégalement réparti, toujours très accentué autour des vaisseaux, qui semblent généralement dilatés; il présente tous les degrés, depuis une légère dissociation des tissus, jusqu'à la formation de zones aréolaires à larges mailles où l'on voit des cellules migratrices en grand nombre et des corps granuleux. »

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS

Les rapports anatomiques étroits qui existent entre l'ovaire et l'utérus, d'une part, et les veines du ligament large, d'autre part, font que la stase veineuse de ces dernières ne va pas sans retentissement sur ces organes. Rares sont les cas où le varicocèle existe isolé, sans aucune lésion utérine ou ovarienne. Il s'accompagne généralement de congestion ou fibrose utérine et surtout de lésions microkystiques de l'ovaire. Pour la plupart des auteurs, ce serait uniquement des complications du varicocèle. Il se produirait dans les fonctions de l'ovaire des modifications comparables à celles que subit le testicule chez l'homme dans le varicocèle, c'est-à-dire l'atrophie du stroma, le défaut de développement des ovules, la dégénérescence kystique et la stérilité. Cette transformation se ferait, pour Roussan, en deux phases distinctes :

1° l'une, que l'on pourrait appeler mécanique ou de congestion passive, dans laquelle l'ovaire est augmenté de volume, œdémateux;

2° l'autre de sclérose progressive aboutissant à la transformation kystique.

L'utérus serait soumis au même processus.

Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs.

Castano, après avoir été pendant longtemps partisan de la même théorie, soutient actuellement que varicocèle pelvien, ovarite scléro-kystique, dégénérescence fibreuse de l'utérus,

sont tous les trois l'aboutissant de la congestion pelvienne (voir Pathogénie) : « La congestion pelvienne conduit progressivement à la sclérose, et cette sclérose entraîne des affections diverses, qui s'observent toujours concurremment avec la congestion et qui la complètent : ovarite scléro-kystique, varicocèle, fibrose utérine. »

L'ovarite scléro-kystique serait la lésion primitive pour Chaliér et Dunet. L'hyperovarie, qui en est la conséquence, occasionnerait le varicocèle. Nous avons déjà vu ce qu'il faut en penser.

Il nous semble bien plus logique d'admettre que l'ovarite scléro-kystique et la fibrose utérine sont, dans les cas qui nous intéressent, des complications du varicocèle, et cela d'autant plus que cette affection a été isolée sans aucune lésion annexielle.

*
* *

Les veines variqueuses, dilatées, sclérosées, qui forment à la base du ligament large un paquet énorme, peuvent se rompre. « On comprend bien, dit Devalz, la rupture des veines variqueuses de l'ovaire, sous la triple influence de la maladie des parois veineuses, de la congestion menstruelle, d'un exercice forcé ou d'une violence extérieure, et quelquefois enfin de l'abus des plaisirs sexuels. Parmi ces causes exceptionnelles, il en est une qui s'est présentée deux fois, et que je crois curieux de rappeler : c'est le cahotement d'une voiture mal suspendue. » Cet auteur suppose que la rupture de ces veines expliquerait fréquemment l'hématocèle rétro-utérine. Si ses observations, ainsi que celles de Puech, ne sont pas absolument démonstratives, il n'en est pas de même des observations publiées par Tiller et Schanbach. Dittel a même rassemblé 11 cas d'hémorragies pelviennes consécutives à la rupture de veines utéro-ovariennes. Dans une observation de Bilger (obs. XIII), le varicocèle pelvien s'accompagnait de varices vésicales, et la rupture s'était faite dans la vessie.

*
* *

Les malades atteintes de varicocèle souffrent continuellement. La ténacité et l'acuité de ces douleurs font qu'elles deviennent souvent des psychiques. « Toute congestive, déclare Castano, devient une névropathe, considérée à tort comme une hystérique; car s'il existe véritablement chez elle de l'hystérie, elle est simplement symptomatique de ses troubles génitaux. Ce sont des malades atteintes de phobie, des hypocondriaques qui, à chaque époque menstruelle, souffrent de crises nerveuses, pleurent, et sont tantôt apathiques, tantôt irritables, qui se désintéressent de leur entourage, sont égoïstes et ne pensent qu'à elles et à leurs troubles en les exagérant, qui sont érotiques, car la congestion pelvienne conduit à des états d'érotisme génital, à la masturbation et à d'autres vices concomitants. » On voit ces malades traîner dans les services de psychiatrie, alors qu'un traitement chirurgical pourrait les guérir.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

I. — *Traitement médical.*

Dans les cas légers, on pourra essayer tout d'abord un traitement médical.

Les médicaments à action vasculaire, ergot de seigle, hydrastis canadensis, hamamélis, viburnum, etc., amèneront un soulagement momentané sinon durable.

L'opothérapie a été préconisée : extrait hypophysaire qui aurait une action frénatrice sur l'ovaire, et fait contracter les fibres musculaires des vaisseaux; opothérapie mammaire « utilisant l'antagonisme fonctionnel entre la mamelle et l'ovaire. » (Chalier et Dunet).

Le port du pessaire ferait disparaître momentanément les douleurs (Duhail).

Camusset conseille les grandes irrigations rectales répétées au moins deux fois par jour, avec de l'eau bouillie à la température de 45-50 degrés; et des tamponnements glycélinés qui produiraient une saignée séreuse efficace.

Il y aura parfois lieu d'essayer des cures strictes de repos (Vignes) ou un traitement hydro-minéral. S'il s'agit de sujets neuro-arthritiques à manifestations douloureuses : les eaux sédatives de Nérès, Royat, Plombières (Auvray); les eaux de Bagnoles-de-l'Orne, par leur action excitante sur la circulation générale, sont également indiquées (Duhail).

L'emploi des rayons X et du radium pourrait être utilisé dans le but d'amener la sclérose veineuse et l'atrophie de l'ovaire.

II. — *Traitement chirurgical.*

Le traitement médical pourra avoir pendant un certain temps une heureuse influence; il n'amènera que rarement la guérison. Seule l'intervention apportera un changement à cet état de chose.

Avec Cotte et Auvray, nous distinguerons deux cas :

- ou le varicocèle est pur sans lésions annexielles;
- ou il existe des lésions annexielles ou utérines importantes.

PREMIER CAS : *Le varicocèle est pur.*

Le traitement doit être avant tout conservateur. Différentes interventions ont été préconisées.

Kelsall a conseillé la pose de ligatures sur les veines dilatées et la résection de ces veines entre les ligatures.

Emge et Engelmann se contentent de fixer l'utérus avec ou sans raccourcissement ligamentaire : « Après la fixation, les conditions circulatoires sont tellement changées que, pour certains auteurs, cette intervention pourrait à elle seule suffire à faire disparaître les troubles du varicocèle. »

Sencert incise le ligament large le long de son bord supérieur entre le méso-salpinx et le méso-ovarium; il dissèque et isole les gros paquets variqueux et les lie du côté utérin d'abord, puis vers la partie externe du ligament large. Il résèque la partie intermédiaire et solidarise ensuite les deux groupes de fils, ce qui réduit considérablement le ligament.

Ce procédé serait pour Castano trop difficile. Il préconise l'opération suivante, consistant à détruire l'onde de reflux des veines ovariennes dans les veines du ligament large :

Premier temps : Laparotomie, qui peut être médiane ou transversale.

Deuxième temps : Recherche des varices; pour cela, comprimer l'utérus avec la main ou un hystérolabe afin de remplir les masses variqueuses et de les rendre bien visibles pour les différencier.

Troisième temps : Chercher le ligament ilio-ovarique d'un côté, puis celui du côté opposé; sectionner au bistouri la feuille péritonéale qui la recouvre; on voit immédiatement la masse artério-veineuse, l'artère ovarique, qui en général est double.

Quatrième temps : Avec une sonde cannelée, on dissèque la veine avec soin, sur une étendue de 2 centimètres, et on la soulève avec la sonde ou avec un porte-fil;

Cinquième temps : On place deux ligatures en catgut sur chaque veine et on résèque la partie intermédiaire.

Sixième temps : On noue ensemble les deux ligatures et on place un ou deux points séparés de catgut sur la petite brèche péritonéale, pour fermer la section faite au ligament ilio-ovarique.

Cette opération se ferait en quelques minutes et sans difficultés.

Cotte a constamment eu recours au même procédé. Il fait remarquer que son exécution est simple. Il conseille cependant (avec Emge, Duhail et Auvray) de compléter l'intervention par la fixation ligamentaire de l'utérus.

Quelle que soit la méthode employée, les résultats sont satisfaisants :

Sencert : sur 7 opérations, 6 guérisons définitives;

Sur 25 opérations, Castano aurait toujours obtenu des succès sûrs;

Cotte : 2 opérées depuis quinze mois sont demeurées guéries.

DEUXIÈME CAS : *Il existe des lésions annexielles.*

On a recours à la castration.

La façon d'agir de Cotte nous semble judicieuse : « Si les

lésions sont unilatérales, il n'y a aucun inconvénient à faire la castration; c'est certainement le moyen le plus sûr d'assurer la guérison. Tout au plus chez les femmes encore jeunes et dont les deux ovaires sont altérés, pourrait-on se contenter de laisser avec l'utérus l'ovaire le moins malade. Par contre, si les deux côtés sont pris, et que la malade approche de la quarantaine, il serait peut-être plus avantageux de faire l'hystérectomie subtotale. »

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(CHALIER et DUNET, *Gynécologie et obstétrique*, 1920.)

Mlle M..., 20 ans.

Antécédents héréditaires. — Au cours de chaque grossesse, sa mère a toujours présenté d'abondantes hémorragies qu'il est impossible de faire préciser. Nombreuses varices des deux membres inférieurs.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, très régulièrement, avec pertes abondantes persistant pendant six à sept jours. Vierge. Depuis trois ans sont apparues des douleurs progressives croissantes à chaque période menstruelle. Ces douleurs commencent deux jours avant les règles et ne cessent que deux jours après, très vives, nécessitant le repos au lit pendant toute la période menstruelle. Irradiations lombaires, constipation opiniâtre pendant les règles et cessant avec celles-ci.

Depuis quelques mois, les douleurs sont devenues continues, même pendant la période intermenstruelle et localisées à la fosse iliaque gauche. Ces douleurs se manifestent sous forme de crises durant quelques heures à l'occasion d'un effort.

La malade raconte qu'en faisant un effort pour soulever un poids, elle a l'impression d'un gonflement dans la fosse iliaque gauche. Ces phénomènes disparaissent par le repos au lit, mais ne sont nullement améliorés par la station assise. La malade a constaté

elle-même une tumeur allongée verticalement en dedans de l'épine iliaque antérieure gauche.

Le toucher rectal permit un jour de sentir du côté gauche, dans le cul-de-sac latéral, une tuméfaction du volume d'un petit œuf, rénitente, douloureuse, qu'il fut impossible de retrouver au cours d'un examen fait deux jours après, la malade ayant gardé le lit depuis l'examen initial.

Pas de troubles urinaires, pas de pertes blanches. Aucun signe de lésions aiguës ou chroniques du tractus génital. Pas de température.

Intervention (3 mai 1919). — Incision de Pfannestiel. A l'ouverture du péritoine, on trouve dans le petit bassin un liquide clair, citrin. L'utérus est légèrement augmenté de volume, mais de consistance normale. L'ovaire et la trompe du côté droit sont normaux. Par contre, du côté gauche, on trouve un développement énorme de tout le plexus utéro-ovarien, formant une véritable tumeur vasculaire, bosselée, irrégulière : les veines très dilatées, mais nettement individualisées, ont un aspect variqueux; sans aucun doute, ce sont elles qui constituaient la tumeur molle sentie au cours du premier toucher rectal et qui disparut par la suite.

Il s'agit d'un varicocèle tubo-ovarien très net, malgré la position déclive de Trendelenburg, favorable, pourtant, à la circulation veineuse de retour.

L'ovaire gauche est petit, nacré, d'aspect scléro-kystique. On résèque du côté gauche trompe, ovaire et ligament tubo-ovarien. A la section, les veines sont aussi grosses qu'une saphène interne.

Péritonisation. Suture de la paroi.

OBSERVATION II.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Mme D..., 23 ans, entre à la clinique gynécologique au mois d'octobre 1921 avec le diagnostic d'annexite. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Réglée à 12-13 ans, elle a toujours eu des règles abondantes, qui durent pendant cinq,

six jours. Mariée depuis dix-huit mois, la malade n'a pas eu de grossesse.

L'examen gynécologique révèle une rétroversion avec point douloureux très marqué du côté gauche. Il existe là une zone très sensible particulièrement douloureuse dans les rapports. A un examen plus précis, fait après l'intervention, la malade précise ainsi les caractères des troubles qu'elle présentait. Dans l'intervalle des règles, elle ressentait constamment une douleur sourde dans le bassin qui lui donnait envie de pousser et qui s'accompagnait de ténésme vésical. Les troubles étaient surtout accusés dans les périodes prémenstruelles pour disparaître pendant les règles, c'est à ce moment que la malade se sentait le mieux. A chaque instant, elle éprouvait, en outre, des poussées congestives du côté de la vulve et du clitoris l'incitant au coït, mais celui-ci s'accompagnait toujours d'une violente douleur du côté gauche. A signaler encore que les troubles étaient nettement exagérés par la station debout prolongée et par la marche et qu'ils s'atténuaient, au contraire, sous l'influence du repos. Pas de signes d'hypothyroïdie appréciables, pas de spécificité.

L'intervention, pratiquée le 14 octobre 1921, permit de constater l'existence d'un varicocèle tubo-ovarien gauche très marqué. Utérus en rétroversion; annexes saines; dans le péritoine, quelques centimètres de sérosité claire. On résèque le paquet variqueux gauche aussi complètement que possible et on fixe l'utérus par le procédé de Doléris-Pellanda.

La malade sort guérie le 29 octobre 1921. Revue en janvier 1923, elle se déclare complètement guérie; les troubles qu'elle présentait ont complètement disparu; les règles ne durent plus que trois jours au lieu de six; elle n'a pas encore eu de grossesse.

OBSERVATION III.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Mme F..., 35 ans, entre à la clinique gynécologique au mois de juin dernier parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle a des

métrorragies. Réglée à 15 ans, la malade a toujours eu des règles douloureuses l'obligeant à garder le lit. Mariée à 20 ans. Deux grossesses : la première, il y a quinze ans; la deuxième, il y a huit ans. Depuis ce moment, la malade a toujours souffert du ventre, mais depuis cinq ou six mois les douleurs sont devenues plus violentes; celles-ci se traduisent surtout par une sensation de pesanteur dans les reins et dans le fondement. Constipée, la malade ne peut aller à la selle, car les efforts exagèrent la douleur. Ténésme vésico-rectal avec faux besoins. Dyspareunie. Pas de poussées congestives du côté de la vulve. Métrorragies presque continuelles. A l'examen gynécologique, on constate l'existence d'une rétroversion sans lésions annexielles appréciables.

Pas de signes nets d'hypothyroïdisme; pas de spécificité.

L'intervention, pratiquée le 15 juin 1922, montre l'existence d'un double varicocèle pelvien. Utérus en rétroversion. Ovarite sclérokystique. Pas de lésions tubaires.

Après l'ablation de l'appendice, on résèque de chaque côté les paquets variqueux dans le ligament tubo-ovarien. Fixation ligamentaire de l'utérus.

Suites simples : la malade quitte le service le 3 juillet. Revue le 13 janvier 1923, elle se déclare dans un état de santé aussi bon que possible. Les règles ne durent plus que trois jours et ne sont plus douloureuses; la malade ne souffre plus dans le bas-ventre. Les rapports sont devenus normaux. La constipation a disparu.

OBSERVATION IV.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Chez une femme de 33 ans, il y a eu, après la puberté, une période d'insuffisance ovarienne avec aménorrhée et adiposité. Mariée à 23 ans, cette malade a eu une grossesse à 24. Depuis ce moment, elle a souffert du bas-ventre et des reins, les douleurs étant d'ailleurs constamment exagérées par la menstruation. Il y a dix-huit mois, elle a été opérée à l'Hôtel-Dieu pour une prétendue annexite, castration unilatérale droite, mais cela n'a amené aucune amélioration.

Rentrée à la clinique gynécologique en octobre 1922, on constate au toucher que l'ovaire est excessivement douloureux (ovarite scléro-kystique probable).

L'intervention, faite le 31 octobre, montre l'existence d'un varicocèle tubo-ovarien avec gros ovaire œdémateux à la périphérie et sclérosé au niveau du hile. L'hystérectomie subtotala a mis fin à ces troubles.

OBSERVATION V.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Chez une autre malade qui avait été envoyée à l'hôpital pour le diagnostic d'annexite consécutive à une fausse couche, les crises douloureuses revenaient tous les huit jours environ et duraient deux à trois heures. Les règles étaient abondantes, et, dans l'intervalle, il y avait des pertes blanches continuelles.

Au toucher, l'utérus était en bonne position; les annexes non perçues; mais la palpation révélait du côté gauche une zone excessivement douloureuse. Peut-être aurait-on ici éliminé l'annexite et songé à des accidents purement congestifs puisqu'au toucher on ne trouvait aucune tuméfaction annexielle.

OBSERVATION VI.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Il en est de même dans le cas suivant, où le toucher ne révélait également qu'un empâtement diffus du côté gauche avec un utérus très mobile. Comme symptômes subjectifs, on notait l'existence de crises douloureuses, survenant à intervalles réguliers et qui duraient quelques heures seulement; mais il n'y avait aucun des symptômes que nous avons révélés tout à l'heure.

OBSERVATION VII.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

Il s'agit d'une malade envoyée à la clinique pour une rétroversion. D'une famille de 10 enfants, elle avait 2 frères morts de méningite. Elle-même avait été réglée une ou deux fois à 12 ans,

puis ses règles s'étaient arrêtées jusqu'à 17 ans, et, pendant toute cette période où elle était demeurée aménorrhéique, elle avait eu des crises épileptoïdes avec chute, perte de connaissance, mais sans incontinence d'urine.

De ces accidents nerveux, elle n'a gardé que quelques mouvements choréiformes.

Mariée à 18 ans, elle a eu une grossesse à la suite de laquelle elle a commencé à souffrir de maux de reins. Les douleurs sont exagérées par la fatigue et la station debout prolongée et calmées, au contraire, par le repos. Jusqu'ici, elle a été soignée par un médecin qui lui a mis un pessaire. Pendant trois mois, elle a été très soulagée; mais, actuellement, elle souffre davantage et demande à être opérée. Pas de signes de congestion pelvienne; règles normales et régulières; pas de pertes blanches, pas de constipation; rapports non douloureux. Or, malgré cette absence de signes subjectifs, on trouve à l'intervention un varicocèle bilatéral très accentué. Résection des deux paquets dans le ligament lombo-ovarien. Fixation ligamentaire de l'utérus.

OBSERVATION VIII.

(COTTE et Mlle JEZDITCH, *Gynécologie et obstétrique*, 1923.)

La dernière malade, âgée de 27 ans, était entrée à la clinique avec le diagnostic d'annexite. Elle se plaignait de douleurs pelviennes et de pertes blanches, puriformes, abondantes. Régliée assez régulièrement, elle avait eu une grossesse à 18 ans. Il y a trois ans, elle avait fait un premier séjour à l'hôpital pour les mêmes accidents. A l'examen, utérus gros, rétroposé, avec col métritique. Tuméfaction annexielle gauche assez accusée. Température : 37°5-38°. Le diagnostic ne paraissait donc pas douteux. Or, là encore, à l'intervention, il n'y avait de chaque côté de l'utérus qu'un volumineux varicocèle pelvien pour lequel nous avons pratiqué la ligature avec résection des veines utéro-ovariennes. Et chez cette malade, comme chez la précédente, l'interrogatoire complémentaire, fait après l'intervention, ne nous a pas permis de retrouver un seul des symptômes prétendus pathognomoniques du varicocèle pelvien.

OBSERVATION IX.

(COURTY, *Archives franco-belges de chirurgie*, 1925.)

Mme D..., 36 ans, ménagère, entre à l'Hôpital de la Charité, le 22 décembre 1924, pour syndrome utérin. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été douloureuses. Un seul accouchement il y a quinze ans. Pas de pertes.

Le début des troubles actuels remonte à un an. Les douleurs sont au premier plan, elles siègent surtout à gauche, sont nettement abdomino-pelviennes, augmentent dans les périodes menstruelles, s'exagèrent dans la station debout et la fatigue, sont calmées par le repos.

Dyspareunie intense.

Examen local. — Col en arrière, fond de l'utérus palpable en avant, toucher très douloureux.

Douleur intense dans tous les culs-de-sac.

Intervention (5 janvier 1925). — A l'incision de la paroi abdominale, on trouve de fortes varices dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Utérus normal; annexes normales; mais on est frappé par la dilatation variqueuse de toutes les veines du petit bassin; en particulier, il y a de véritables paquets variqueux dans les deux ligaments larges.

Résection des veines les plus dilatées des ligaments larges.

Résection des veines dans les ligaments infundibulo-ovariens.

Suites opératoires. — Très simples; réunion *per primam*; les douleurs spontanées ont disparu. Le toucher ne réveille plus aucune douleur. La malade sort de l'hôpital le 19 janvier. Revue en octobre 1925, ne souffre plus.

OBSERVATION X.

(COURTY, *Archives franco-belges de chirurgie*, 1925.)

G... (Germaine), 26 ans, couturière, entre le 26 janvier 1925 dans le service de chirurgie de l'Hôpital de la Charité pour douleurs abdomino-pelviennes.

Rien à signaler dans ses antécédents. Réglée à 14 ans, irrégulièrement. Mariée à 17 ans. Une grossesse avec accouchement normal. Cependant, après cette grossesse, elle commence à ressentir de vives douleurs abdomino-pelviennes calmées par le repos horizontal. Puis, apparut une leucorrhée extrêmement abondante. A partir de ce moment, dyspareunie très accusée.

Nouvelle grossesse en 1921; accouchement facile; en 1922, pertes de trois mois, à la suite desquelles apparaissent des métrorragies qui nécessitent un curetage. En 1923 et 1924, la malade ressent toujours de fortes douleurs abdomino-pelviennes; d'autre part, elle a de temps en temps des métrorragies.

Elle entre à la Charité en janvier 1925. Facies fatigué. Douleur à la palpation des deux fosses iliaques. Pertes purulentes. Toucher : gros col métritique, utérus douloureux. Pas de masse perceptible.

Intervention (30 janvier). — On trouve un gros utérus mou, varicocèle considérable dans les deux ligaments larges. En raison des métrorragies, des pertes purulentes rebelles, de l'atteinte de l'état général, je pratique une hystérectomie subtotale.

Suites opératoires. — Réunion *per primam*. Les douleurs spontanées disparaissent. Au toucher, les culs-de-sac ne sont pas douloureux. La malade sort le 11 février 1925.

Revue récemment, la guérison se maintient.

OBSERVATION XI.

(M. G. LÉO, *Bulletins et Mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, 1925.)

Mme X..., 28 ans, a eu des ascaris dans ses selles jusqu'à 12 ans. Le 1^{er} novembre 1919, accouchement très difficile, forceps, curetage. Depuis cette époque, douleurs dans tout le ventre, difficiles à localiser.

1920 : Un an après accouchement, avortement de six mois.

Un mois après, périnéorraphie par Séjournet, à l'Hôpital Saint-Antoine. Douleurs abdominales continuent.

1922 : Première consultation. Diagnostic de spasme du côlon

descendant, principalement du côlon iliaque. Essai d'Amidal, de Bismuth Desléaux. Amélioration de quelques mois. Recrudescence. Consultation avec un spécialiste du tube digestif, qui confirme le spasme, et ajoute que cet état est le « noli me tangere » de sa spécialité et qu'il n'espère aucune guérison.

Consultation avec un autre spécialiste qui conseille la ceinture.

1923 : Nouvel avortement et curetage à Laënnec. Les douleurs viennent par crises, qui durent de une à plusieurs heures, à intervalles de huit ou quinze jours ou un mois. Jamais d'hémorragie intestinale, jamais de taches jaunes au visage, jamais de vomissements ni nausées.

1924 : Hémorragies utérines, deux fois par mois, avec persistance des douleurs. La malade réclame un soulagement, même opératoire. Laparotomie exploratrice, par incision sus-pubienne. Constataction d'un varicocèle pelvien gauche avec rétroversion. L'utérus est légèrement marbré sur ses deux faces, il est légèrement rétroversé. Son fond repose sur le promontoire devant le rectum. Il n'y a pas de flexion utérine, uniquement de la version qui éloigne le fond en arrière. Le ligament large gauche montre de grosses veines, dont la coloration contraste avec celle des organes voisins. Le doute existe au sujet de l'ablation du varicocèle seul pour calmer les grandes douleurs. Aussi, pratique-t-on une hystérectomie subtotale.

Suites opératoires. — Disparition des douleurs pelviennes. Ventre indolore.

Mars 1925 : Malade revient avec des douleurs à gauche, mais très haut situées, douleurs différentes de celles du bas-ventre, mais semblables à celles qu'elle a déjà éprouvées et traitées par les docteurs J.-Ch. Roux et Leven.

A cause de la vaso-dilatation variqueuse, on pense au grand sympathique et on envoie la malade au Docteur Laubry. Celui-ci ordonne du Lansoyl, régime des hépatiques. Cette ordonnance produit un léger résultat. Il ajoute gardénal et belladone dans une deuxième ordonnance, traitement qui supprime les crises et ne supprime pas la douleur morte. La malade va changer de vie, milieu et air.

OBSERVATION XII.

(SOUBEIRAN et FÉRAL, *Gazette des hôpitaux*, 1929.)

Enorme varice de la veine ovarienne sus-ligamentaire gauche.

Mlle L... (Denise), âgée de 23 ans, se plaint de douleurs pelviennes intolérables rebelles à tout traitement médical.

Réglée à 12 ans, sans douleurs, régulièrement tous les mois. Elle perd pendant quatre ou cinq jours jusqu'à l'âge de 21 ans.

A partir de ce moment, elle commence à ressentir une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, douleur sourde, avec un point particulièrement douloureux dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la région fessière du même côté. La douleur présente un caractère particulier : elle prend naissance dans la station debout, s'exaspère à la marche et se calme très rapidement dans la position couchée. Cette disparition de la douleur avec le changement de position a tellement frappé la malade qu'elle en souligne l'importance. Chaque poussée douloureuse l'incitait à s'allonger, se trouvait-elle dans la rue. Les règles sont restées normales. Six mois après, elles apparaissent tous les vingt jours et sont marquées de phénomènes douloureux intenses dans les cinq à six jours qui les précèdent. Sensation de bien-être éprouvée dans les jours qui suivent le flux menstruel.

Dans le trimestre qui suit, la malade accuse une amélioration passagère et une rémission de la douleur pendant la menstruation.

Deux ans après le début de l'affection, les phénomènes douloureux s'installent à nouveau. Règles de quinzaine, sans amélioration dans l'état local; apparition de pertes blanches.

Les douleurs prémenstruelles intolérables qui avaient débuté cinq jours avant le flux cataménial, débutent dix jours, puis quinze jours avant, et finissent par condamner au repos absolu la pauvre malade qui souffre continuellement.

A l'examen, on n'observe rien de particulier : pas de rétroversion, pas de lésions annexielles appréciables.

L'intervention, pratiquée le 4 juin 1926, permet de constater que :

- 1° le cæcum est mobile;
- 2° l'appendice est normal;
- 3° les ovaires sont scléro-kystiques, gros comme une mandarine, et les veines du ligament large sont très peu augmentées de volume.

A gauche, on voit une énorme veine, du volume du pouce, flexueuse et dilatée, reposant sur le ligament large, unique, remonter le long du bassin vers le rein. Sa flexuosité, qui décrit 3 ou 4 courbes, rappelle celle de la saphène interne dans les varices du membre inférieur.

On fait :

- 1° la ligature très haute de cette veine au-dessus du bassin, derrière le méso-côlon, près de l'insertion du péritoine;
- 2° la sympathectomie des 2 artères primitives;
- 3° l'hystérectomie subtotale.

L'opérée fait un mois après l'intervention, alors qu'elle était entrée chez elle, une phlébite du membre inférieur gauche, qui a très bien guéri.

Revue en juin 1927, la malade avait engraisé de 10 kilos et tenait parfaitement debout et n'accusait plus aucune douleur.

OBSERVATION XIII.

(F. BILGER, *Strasbourg médical*, 5 juill. 1929, p. 360.)

Hématuries par varices vésicales associées à un varicocèle pelvien.

Il s'agit d'une malade de 58 ans ne présentant rien de particulier dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels, et qui, depuis une année, avait remarqué de temps à autre la présence de sang dans ses urines.

L'examen général de la malade ne décelait aucune altération des divers appareils, en particulier du système cardio-vasculaire, à l'exception toutefois de varices périnéales très développées.

L'exploration complète, clinique et radiologique permit d'exclure une hématurie rénale et de localiser la source de l'hémorragie à des varices situées au niveau du bas-fond de la vessie. L'examen cystoscopique pratiqué le 21 mars 1927 montrait, en effet, un œdème bulleux rougeâtre avec varicocités du bas-fond, alors que le reste de la vessie était tout à fait normal. A aucun moment, on ne remarqua d'éjaculations sanguinolentes provenant des méats urétéraux.

Au point de vue clinique, hormis la coloration anormale des urines, la malade ne présentait aucun trouble urinaire, ni pollakiurie, ni dysurie, ni douleurs à la miction. L'examen des urines ne révélait que la présence de sang; il n'y avait ni pus, ni microbes.

Bien que l'exploration de l'abdomen et des organes génitaux ne permît pas de constater de tumeur ou d'autres anomalies, la coexistence des varices périnéales et vésicales nous fit penser à un obstacle à la circulation veineuse dans le bassin, et comme la malade était assez fortement anémiée, on se décida à faire une laparotomie exploratrice le 23 mars 1927.

Opération. — Sous rachianesthésie (Prof. Leriche) : incision sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine, après refoulement des anses intestinales, on reconnaît un utérus de taille normale, en antéflexion. Au niveau des annexes droites, rien à signaler; par contre, à gauche, on trouve un V extraordinairement développé dans l'aileron tubaire, qui est rempli de veines variqueuses. La veine ovarienne est très augmentée de volume, mais ne présente, par contre, aucune dilatation. Il n'y a pas de dilatation des veines hypo-gastriques et iliaques, mais les vaisseaux iliaques externes ont glissé le long de la paroi pelvienne et reposent sur le plancher du bassin. On résèque l'ovaire et la trompe gauche et son aileron avec les dilatations variqueuses. L'abdomen est refermé en 4 plans. La malade présentait encore un kyste sébacé ecchymotique de la taille d'un grain de raisin au-dessus du méat urétral. Enucléation.

Les suites opératoires furent parfaites et on assista, comme on va le voir, à la disparition progressive de l'hématurie et des varices.

Dès le 30 mars, les urines sont moins rouges et ne renferment que peu de sang.

2 avril : Elles sont complètement claires, et l'examen clinique et microscopique montre qu'elles ne renferment plus de sang.

6 avril 1927 : La malade se sentant bien et étant levée, on fit une nouvelle cystoscopie. Elle montra que l'œdème bulleux et les varicocités avaient nettement régressé.

OBSERVATION XIV.

(HEUZÉ, *Liège médical*, 1927.)

Femme de 32 ans, soignée par le Docteur Delhosse de Saive. Un accouchement normal. Peu après la naissance de l'enfant, douleur sourde dans le bas-ventre et dans les lombes. Le seul signe objectif est une déviation utérine en arrière et à gauche, facile à corriger. Application d'un pessaire de Hodge. Revue après trois mois, pas d'amélioration, et vu le résultat négatif du maintien par l'anneau, on enlève celui-ci, et l'on hésite à proposer un redressement chirurgical.

Après quelques mois, l'intéressée nous revient pour nous tenir ce langage : « Ma profession de laitière est pénible. Levée avant l'aube, je suis debout depuis une heure à peine que cette sensation de pesanteur dans le bas-ventre devient insupportable, et alors, je n'ai plus qu'un désir : celui de me remettre au lit. Car le seul soulagement obtenu jusqu'à présent, je le dois à la position couchée. Ma vie est devenue impossible et j'ai dans le ventre quelque chose qui vous échappe. Je veux être opérée. »

Il existait, en effet, au niveau du ligament large gauche un paquet variqueux très apparent; quelques petits kystes folliculaires à la surface de l'ovaire gauche. Annexectomie gauche. Hystéropexie isthmique à la Delbet.

OBSERVATION XV.

(HEUZÉ, *Liège médical*, 1927.)

Femme de 28 ans. Deux accouchements normaux. Depuis le dernier, qui remonte à un an, règles trop abondantes, leucorrhée, sensation de fatigue et douleurs au bas des reins. Utérus augmenté de volume, incliné en arrière et à gauche. Erosion cervicale. Sur nos conseils, le Docteur Moreau d'Oreye pratique un curetage. Effets heureux du traitement sur la métrite. Tout rentre dans l'ordre, mais les douleurs gravatives persistent et même se sont aggravées. Nous proposons l'épreuve du pessaire. Elle est négative, et, un an environ après notre premier examen, le mari de la patiente nous déclare : « Ma femme est une ménagère soigneuse et vaillante, mais ses douleurs du fondement sont telles qu'elle ne peut plus vaquer à ses besognes, et, si elle s'écoutait, elle s'allongerait sur le lit une bonne partie de la journée. Cet état remonte aux dernières couches; il doit exister là quelque chose que vous ne sentez pas, et comme nous ne sommes pas assez riches pour nous faire servir, je désire que vous y alliez voir. »

Laparotomie. Varicocèle pelvien gauche, salpingo-ovariotomie gauche et fixation du moignon d'amputation à la paroi abdominale pour maintenir la matrice en position correcte.

OBSERVATION XVI.

(HEUZÉ, *Liège médical*, 1927.)

Femme de 43 ans. Un seul accouchement normal à 22 ans. Menstruation régulière et abondante. Leucorrhée légère. Depuis trois ans, douleurs abdominales à point de départ dans la fosse iliaque gauche, irradiant vers le haut du ventre et le bas des reins et allant en s'aggravant en dépit de traitements divers s'adressant aux différents viscères abdominaux : « Je suis lasse de souffrir, me dit la patiente, et je suis prête, pour être soulagée, à subir

n'importe quelle intervention chirurgicale. » La matrice, de volume légèrement exagéré, est inclinée en arrière et à gauche. Rien de perceptible aux annexes par le toucher vaginal et rectal. Le col est sain. Toutes réserves faites de concert avec son médecin, le Docteur Delava de Cointe, laparotomie. Les annexes gauches atrophiées et scléreuses sont détachées assez péniblement de la face postérieure du ligament large, où les fixent de nombreuses et solides adhérences.

CONCLUSIONS

I. — Le varicocèle pelvien peut exister, isolé, en dehors de toute lésion utérine ou ovarienne et constituer une entité clinique.

II. — Il est généralement associé à l'ovarite scléro-kystique et aux déplacements de l'utérus.

III. — Les causes du varicocèle pelvien sont complexes et, parmi toutes celles que nous avons signalées, il est impossible d'en désigner une pouvant servir de loi générale.

IV. — Les parois veineuses peuvent présenter toute la gamme des lésions variqueuses.

V. — Parmi les signes subjectifs, seule la douleur irradiée dans les reins se rencontre à peu près constamment.

La constatation au toucher d'une tumeur mollassse apparaissant dans la station debout et disparaissant dans le décubitus constitue le seul signe pathognomonique. On ne le trouve pas toujours.

VI. — L'erreur est habituelle avec des lésions plus fréquentes : rétroversion utérine et surtout ovarite scléro-kystique, et c'est au cours des interventions abdominales, gynécologiques, que l'on découvre le varicocèle pelvien.

VII. — Les varices peuvent se rompre et déterminer des hémorragies rétro-utérines.

VIII. — Ces malades deviennent fréquemment des psychiques.

IX. — Le traitement sera, en principe, conservateur (résection et ligature des veines).

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1934,

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARCE (José). — The technic of Ivanissevich's. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, nov. 1926, n° 5.
- AUVRAY. — Du varicocèle pelvien. *Gaz. des Hôp.*, 1924, p. 481.
- ANGELMANN. — Manifestations cliniques du varicocèle du ligament large. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 4 mars 1922, p. 329.
- BILGERT. — Hématuries par varices vésicales associées à un varicocèle pelvien. *Strasbourg médical*, juill. 1929.
- BOURSIER et AUVRAY. — Précis de gynécologie, 3^e éd., p. 834.
- BÉGOUIN. — Dysménorrhée. Précis de pathologie chirurgicale, t. IV, 1924.
- BUDIN. — Varices pelviennes chez la femme. Thèse d'agrégation, 1875.
- CAMUSET. — Contribution à l'étude du varicocèle tubo-ovarien. Thèse Lyon, 1909.
- CARLINI. — Varicocele pelvico. *Rivista di ostetrica, gyn. e pediatria*, Rome, févr. 1927.
- CASANOVAS. — Varicocele pelviano i simulando un quiste. *Prensa medica argentina*, déc. 1930.
- CASTANO. — *Ann. de gynécol. et chir.*, 1915.
- Thèse Albina, 1916.
 - Varicocèle pelvien. *Thérapeut. et clin. gynécol.*, 1918.
 - Varicocele pelviano. *Prensa medica argentina*, déc. 1921.
 - Diagnostic et traitement du varicocèle pelvien, *Presse médicale*, 1924, n° 103.
 - Pelvic varicoce veins and abdominal neurose. *Semana medica argentina*, 30 déc. 1926.
 - Congestion pelvienne. *Gynécol. et Obstétr.*, févr. 1934.
 - Le varicocèle pelvien et ovarite scléro-kystique. *Gynécol. et obst.*, juill. 1934.

- CHALIER et DUNET. — Pathogénie du varicocèle tubo-ovarien essentiel. *Gynécol. et obstétr.*, 1920, p. 239.
- COE. — Varicocele in the female. *American Journal obstetrica*, mars 1869, p. 504.
- COTTE et Mlle JEZDITCH. — Contribution à l'étude du varicocèle pelvien. *Gynécol. et obstétr.*, Paris, 1923, t. VII, n° 3.
- COURTY. — Varicocèle pelvien. *Arch. franco-belges de chir.*, 1925, p. 666.
- DEVALZ. — Du varicocèle pelvien et de son influence sur l'hémorragie rétro-utérine. Thèse Paris, 1858.
- DUDLEY. — Varicocele of the female. *New-York Med. Journ.*, avril 1888.
- DUHAIL. — Le varicocèle tubo-ovarien. *Progrès médical*, 5 avril 1924.
- DUPLEY. — Traité de chirurgie, 1899, t. VII, p. 412.
- EHRENFREUND. — L'état psychique des sujets atteints de varicocèle. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, nov.-déc. 1924.
- EMGE. — *Surgery and obst.*, Chicago, t. XXXII, févr. 1921, p. 133.
- ENGELMANN. — Manifestations cliniques du varicocèle du ligament large. *Central fur gyn.*, n° 9, 1922.
- FERVAL. — A propos du varicocèle pelvien. Thèse Montpellier, 1928.
- GIANCOBLE. — Varicocele pelviano. A proposito di un caso clinico accompagnato de crisis histeriformes. *Semana medica*, 27 sept. 1928.
- GRANVILLE-CHAPMAN. — Varicoce veins in broad ligaments. *Brit. Med. Journ.*, avril 1928.
- GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen, 1926.
- HALLOPEAU. — Résection du sympathique pelvien pour névralgie génitale rebelle. Société de chirurgie, 8 nov. 1922.
- HERBERT. — Société anatomique, 1896, p. 913.
- HEUZÉ. — *Liège médical*, 9 oct. 1927.
- JAYLE. — Le réflexe de l'esplanade ou réflexe pelvien. *Presse médicale*, août 1923.
- KERSALL. — Varicoce veins of the broad ligament or varice of the female pampiniforme plexus. *Journal of Surgery*, New-York, janv. 1921, p. 8.

- LÉO. — Varicocèle pelvien. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1923, p. 341.
- LABADIE-LAGRAVE. — *Gyn. méd.-chir.*, 1898, p. 1018.
- MACOMBE. — Del varicocèle. *Semana medica*, 19 juin 1930.
- MICHEL. — *Arch. de gynécol. méd.*, 1903, p. 1419.
- NILSEN. — Varicosity of the pampiniform plexus as a cause of ovarian pain. *The American Journal of obstetrics*, 1889, p. 156.
- PETIT. — Varicocèle de l'ovaire. *Bull. et mém. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, mai 1891.
- Etude sur les lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gynécol.*, 25 oct. 1891.
- PICQUET. — Contribution à l'étude du varicocèle pelvien. Thèse Lille, 12 avril 1926.
- POLICETTI. — *Riv. d'ostet. e ginec. prat.*, avril 1928, p. 137-147.
- PONCET. — Thèse d'agrégation, Paris, 1878.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1903, p. 1030.
- PUECH. — De l'hématocèle péri-utérine et de ses sources. *Académie des sciences*, 22 févr. 1838.
- ROUVIÈRE. — Anatomie humaine descriptive et top., p. 667, t. II.
- RICCI. — Le varicocèle pelvien. *Boletin del instituto de clinica quirurgica*, oct. 1932.
- L'opération de Castano pour le traitement chirurgical du varicocèle pelvien. *Prensa medica Argentina*, 6 févr. 1933.
- RICHELOT. — Traité pratique médico-chirurgical, p. 735.
- ROUSSAN. — Thèse Paris, 1892.
- SENCERT. — *Arch. mens. d'obstétr. et de gynécol.*, 1914, p. 15.
- SOUBEIRAN et FERVAL. — Dilatation variqueuse sus-ligamentaire de la veine ovarienne. *Gaz. des hôp.*, mai 1929.
- SCHUBERT. — *Central fur gyn.*, 1924.
- SIRIETY. — Société de biologie, 1878.
- SPECK. — Zur Behandlung des krampfaderbruches. *Zentralblatt. fur chirurgica*, 3 juill. 1930.
- VIGNES. — Le varicocèle pelvien. *Sciences médicales*, 31 janv. 1927.
- VIOLET. — *Gaz. des hôp.*, 18 avril 1907.

